

預先裁定通知書

對您登記加入家庭與社區服務(HCBS)另選安置計畫請求書之回覆
PLANNED ACTION NOTICE
RESPONSE TO YOUR REQUEST FOR HCBS WAIVER ENROLLMENT

收件人:

代表

對您登記加入另選安置計畫請求書之回覆

您請求加入 _____ 另選安置計畫之申請已被輸入發展殘障服務處家庭與社區服務(HCBS)另選安置計畫的全州資料庫。

- 您的姓名被輸入全州資料庫，並不能保證您一定可以獲得另選安置計畫服務。

這次您提出的登記加入發展殘障服務處家庭與社區服務另選安置計畫之申請未獲批准。

- 祇有當另選安置計畫既有名額又有資金接納新成員時，才能增加享受另選安置計畫的人數。
- 當另選安置計畫既有資金又有名額接納新成員時，您在另選安置計畫資料庫中的優先排名將會受到考慮。

另選安置計畫資料庫資訊

您需要智障中級看護設施服務(ICF/MR)級別的看護（華盛頓州行政法規 388-845-0070 至 388-845-0090），並且您符合下列優先群組之標準（華盛頓州行政法規 388-845-0045）。

- 1. 第一優先將給予另選安置計畫目前的參加者中那些經評測確定需要一項不同的另選安置計畫者；這是因為他們的需求已經增加，而這些需求在他們目前的另選安置計畫範圍內得不到滿足。
- 2. 發展殘障服務處也可能考慮下列任何群組：
 - a) 經立法機構確認並資助的優先群組。
 - b) 發展殘障服務處確定，由於其健康及安全方面的需求未得到滿足而極有可能立即被智障者中級設施看護服務計畫(ICF/MR)的個案當事人。
 - c) 經確定認為會對社區安全構成危險的個案當事人。
 - d) 目前接受僅由州府資助服務的個案當事人。
 - e) 接受家庭與社區服務另選安置計畫服務者，而該計畫提供的服務已超出為滿足服務對象已確定的健康與福利需求之服務範圍。
- 3. 僅對基本另選安置計畫而言，發展殘障服務處可以考慮以下人士：他們需要獲得基本另選安置計畫可以提供的另選安置計畫服務，以便使他們能繼續住在自己家裡。
- 4. 不相關 不符合上述任何一項標準。

另選安置計畫資料庫額外資訊

此資料庫將至少每十二(12)個月更新一次，方式如下：

- a) 在十(10)個月內，您將從發展殘障服務處收到一封信函，通知您：如果您希望自己的名字保留在資料庫裡，則您須在指定日期前作出回覆。
- b) 當您給予回覆後，發展殘障服務處將覆審您的登記資訊，以確保您繼續符合華盛頓州行政法規 388-845-0050 所規定之資格標準。
- c) 若您對此函件不作回覆，將從資料庫中刪除您的姓名。

申訴權利

儘管您無權對拒絕批准您加入發展殘障服務處家庭與社區服務另選安置計畫一事提出申訴，您仍可以就您的優先排名資格而提出申訴。

如果您確信自己的境況已發生變化，並可能因此而影響到您提出的申請，您可以隨時聯絡發展殘障服務處負責您個案的個案管理員。

如果您有疑問或顧慮，請電詢。

個案管理員姓名

職務

電話號碼（請包括區域號碼）

電郵地址

副本抄送：個案當事人檔案



預先裁定通知書
展殘障服務處(DDD)
另選安置計畫登記加入
聽證會申請書

依據社會福利服務部聽證條例第 388-02 章之規定。

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

請寄往: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

傳真: 360-586-6563

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意發展殘障服務處(DDD)就優先權所作的以下決定：

您的姓名（請工整填寫）	出生日期
提出聽證請求者的地址	當事人的身份識別號碼
城市 州 郵遞區號	電話號碼（請包括區域號碼） <input type="checkbox"/> 留言電話

本人於：_____ 收到由 _____ 寄來的決定通知。
日期 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助： 是 否 計畫名稱：_____

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址 街道	城市	州 郵遞區號

本人授權將相關我的聽證資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員或者其他幫助或便利條件，以便您參加聽證會？ 是 否

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？_____

行政聽證法官(ALJ)也許會採用電話方式進行某些聽證。若您希望改為由申請者親自參加的聽證會，請按照行政聽證處即將郵寄給您的聽證會通知函中的說明辦理。

INSTRUCTIONS

When is this form used?

This form is used to notify individuals that their name was documented on a statewide database for waiver enrollment in response to submission of a "HCBS Waiver Enrollment Request" form.

Who will be sending this notice?

Headquarters will be sending this notice to the client and their legal representative.